



Questionário para rastreamento COVID/contactantes:

1) NOS ÚLTIMOS 14 (QUATORZE) DIAS TEVE ALGUM DESSES SINTOMAS?

- FEBRE (>37,8° C)
- CORIZA
- DOR DE GARGANTA
- FALTA DE AR
- DIFICULDADE DE RESPIRAR
- TOSSE
- PERDA OU REDUÇÃO DO OLFATO
- ALTERAÇÃO NO PALADAR
- DIARRÉIA
- CEFALÉIA INTENSA E/OU PERSISTENTE
- OUTROS: _____

2) NOS ÚLTIMOS 14 (QUATORZE) DIAS TEVE CONTATO COM UM CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19? () NÃO () SIM

2.1 SE SIM, REALIZOU ISOLAMENTO DOMICILIAR? () NÃO () SIM

POR QUANTOS DIAS? _____

3) TRABALHA EM SERVIÇO DE SAÚDE HOSPITALAR, LABORATORIAL OU DOMICILIAR?

NÃO () SIM

4) TEVE CONTATO COM ALGUÉM QUE TEM OU TEVE COVID-19 COMPROVADO EM SUA RESIDÊNCIA OU TRABALHO NOS ÚLTIMOS 14 DIAS? () NÃO () SIM



5) TEVE SINTOMAS SUGESTIVOS DE COVID-19? () NÃO () SIM

DATA DO INICIO DOS SINTOMAS:

6) REALIZOU ALGUMA TESTAGEM PARA COVID-19? () NÃO () SIM

QUAL TESTE?-----

QUAL FOI O RESULTADO?

TIPO DE TESTE: _____

RESULTADO: _____

DATA DO EXAME: _____

7) TEM ALGUMA COMORBIDADE DE SAÚDE?

* SE QUALQUER RESPOSTA AFIRMATIVA OU FEBRIL (T > 37,8), COMUNICAR À EQUIPE MÉDICA.

DECLARO, PARA FINS DE DIREITO, SOB AS PENAS DA LEI, QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS E CONDIZENTES COM A REALIDADE ATUAL.

FICO CIENTE ATRAVÉS DESSE DOCUMENTO QUE A FALSIDADE DESSE DOCUMENTO PODE CONFIGURAR CRIME E SER ENQUADRADA COMO LITIGÂNCIA DE MÁ FÉ.

NADA MAIS A DECLARAR, E CIENTE DAS RESPONSABILIDADES PELAS INFORMAÇÕES PRESTADAS, FIRMO A PRESENTE.

GOIÂNIA, _____ DE JULHO DE 2021.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL, SE MENOR DE 18

ANOS. _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL QUE FORNECEU AS INFORMAÇÕES, SE MAIOR DE 18 ANOS.
